DISSERTATION

N° 175.

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 23 juillet 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR FÉLIX PASSEMENT, de Durango,

(Province de Biscaye, en Espagne).

On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur pour acquérir de la gloire, ou par un motif d'intérêt; mais celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs. LA BRUYÈRE.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Président.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Suppléant.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Andral.	Gibert, *Suppléant.*
Arvers.	Gerdy.
Baudelocque, *Examinateur.*	Kergaradec.
Bouvier, *Examinateur.*	Lisfranc.
Breschet, *Examinateur.*	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille, *Examinateur.*
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON FRÈRE,

JOSEPH PASSEMENT,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,

MON BIENFAITEUR ET MON MEILLEUR AMI.

Hommage d'estime et de la plus vive reconnaissance.

A MONSIEUR JEAN ARANA.

Gage de la plus sincère amitié.

F. PASSEMENT.

DISSERTATION

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË.

PARMI les nombreuses maladies aiguës auxquelles l'homme est continuellement exposé, il en est peu qui, par leur fréquence et leur gravité, exigent plus d'attention de la part du médecin que la pneumonie; la structure délicate des poumons, l'abondance de sang qui afflue dans leur parenchyme, leur sympathie avec la peau et les principaux organes de l'économie, leur exposition, par la nature de leur fonction, à l'influence de l'air et de ses vicissitudes nombreuses, sont autant de causes qui, en facilitant la fréquence de cette maladie, doivent la rendre plus dangereuse.

La pneumonie ou l'inflammation du poumon se trouve décrite dans les auteurs sous des noms différens. Elle a été désignée sous le nom de *péripneumonie*, *fièvre péripneumonique*, *fluxion de poitrine*, et sous celui de *pleuropneumonie* dans les ouvrages de ceux qui croyaient que la plèvre participait toujours à la phlegmasie du poumon. On doit peu s'étonner que les anciens n'aient pas pu déterminer d'une manière précise les symptômes particuliers à la pleurésie et à la pneumonie, à une époque où la connaissance des maladies n'était pas rectifiée par l'anatomie pathologique. *Valsalva*, et *Morgagni* dans son

immortel ouvrage, rassemblant un grand nombre d'observations confirmées par des autopsies cadavériques, ont démontré les premiers les lésions physiques qui constituent ces deux maladies, et ils ont prouvé les premiers qu'elles peuvent exister isolément. Le professeur *Laënnec*, que la science vient de perdre, et M. *Andral*, ont jeté dans ces derniers temps la plus vive lumière sur le diagnostic de la pneumonie, et décrit avec plus de soin et de clarté qu'on ne l'avait fait jusqu'à eux les lésions de tissu qui lui sont propres.

Causes.

On les distingue en *prédisposantes* et en *occasionnelles ;* les premières agissent d'une manière lente et moins constante ; les secondes, plus connues, agissent d'une manière instantanée. En général, les causes sont relatives à l'âge, au sexe, au tempérament, aux climats, aux saisons, au genre de vie, à certaines dispositions physiologiques et pathologiques.

Causes prédisposantes. La pneumonie affecte plus souvent les hommes que les femmes ; on l'observe plus souvent dans l'âge adulte, jusqu'à quarante-cinq ans, que dans toute autre période de la vie. Cependant il n'est point rare de la voir survenir avec une grande intensité chez les vieillards et les enfans. Les individus robustes, pléthoriques et doués d'un tempérament irritable, sanguin et bilieux, y sont plus disposés que ceux d'une constitution molle et lymphatique ; une conformation de la poitrine qui gêne les poumons dans leur fonction, l'hypertrophie du cœur, l'usage des boissons alcoholiques, des phlegmasies antérieures des poumons qui leur laissent toujours une susceptibilité plus grande ; certaines professions qui obligent à vivre continuellement dans une atmosphère surchagée d'émanations irritantes ; les climats froids et humides, surtout pendant la saison de l'hiver, telles sont les principales causes qui prédisposent à cette affection.

Quoique la pneumonie s'observe plus souvent dans les pays froids, cependant, au milieu d'un climat plutôt chaud que tempéré, tel que celui d'Espagne, elle ne laisse point de faire ses ravages, même dans la saison de l'été. Il y a des contrées dans ce pays où, malgré la grande chaleur qui règne dans le jour, l'atmosphère se refroidit tellement le soir par la grande quantité de rosée qui tombe sur la terre, que les gens qui sortent d'un endroit chaud à l'air libre sans être bien couvert, s'exposent facilement à être affectés d'une pleurésie ou d'une pneumonie.

Causes déterminantes. La plus fréquente de toutes est, sans contredit, le passage brusque du chaud au froid, ou bien le simple refroidissement, quand le corps a été exposé à une grande chaleur ou à un travail fatiguant qui a provoqué une sueur abondante; les contusions sur la poitrine (1), les hémorrhagies et les sécrétions habituelles supprimées; les maladies cutanées répercutées, principalement la variole, la rougeole et la scarlatine; l'inflammation d'un organe voisin des poumons, leur blessure et les grandes opérations chirurgicales, sont autant de causes qui peuvent produire l'inflammation du pou-

---

(1) J'ai eu l'occasion d'observer à l'hôpital civil et militaire de Meaux, où j'ai été employé pendant quelque temps en qualité de chirurgien, une pneumonie produite par une contusion sur un jeune cuirassier qui, ayant voulu se détruire, se tira un coup de pistolet chargé avec trois balles sur la région du cœur. L'arme ayant crevé dans sa main, les balles, au lieu de pénétrer dans la cavité thoracique, prirent une direction oblique en arrière, en produisant une fracture de la sixième côte, et emportant un grand lambeau de chair. Une contusion pareille devait produire l'inflammation du poumon et de la plèvre du même côté; la pleuropneumonie très-intense qui se manifesta, en effet, quelques heures après l'accident, fut guérie au bout de quatre jours au moyen d'abondantes émissions sanguines que nous fîmes au malade, non-seulement pour combattre la pleuropneumonie, mais encore pour prévenir des accidens inflammatoires, qui nécessairement devaient survenir sur une plaie brûlée, aussi large et aussi contuse. Ce militaire sortit de l'hôpital, parfaitement rétabli, un mois après son entrée.

mon ; mais pour que toutes les causes que je viens d'énumérer puissent déterminer la pneumonie, il faut qu'il y ait une grande prédisposition dans l'individu qui y est exposé. Dans une grande majorité de cas, les causes déterminantes de la pneumonie échappent tout à fait à nos moyens d'investigation, et à peine si nous connaissons quelques-unes des conditions sous l'influence desquelles cette phlegmasie a pu se développer.

La pneumonie peut, comme toute autre maladie, se manifester à l'état aigu et chronique. La pneumonie aiguë est très-commune, tandis que la pneumonie chronique est, au contraire, assez rare : je ne parlerai point de cette dernière. Cette maladie affecte le plus souvent un seul poumon : moins souvent l'inflammation envahit les deux organes à la fois.

Symptômes.

Des symptômes caractéristiques de la pneumonie, les uns sont locaux et les autres sympathiques ou généraux ; ils sont tirés des modifications particulières que subissent le bruit respiratoire, la voix et la sonoréité de la poitrine ; de l'altération qu'éprouve le produit de l'expectoration et de l'état du pouls.

Symptômes locaux. Si on écoute la respiration dès les premiers momens du développement de l'inflammation sur le point du thorax correspondant au siége de la phlegmasie, on observera que, dans le plus grand nombre de cas, le bruit naturel de la respiration est devenu moins net, et mêlé dans différens points du râle crépitant. Ce râle est d'autant plus sensible que la pneumonie occupe les points les plus rapprochés de la surface du poumon malade; au contraire, il est plus obscure quand l'inflammation s'éloigne de la surface de l'organe. A mesure que la phlegmasie devient plus intense, le bruit d'expansion pulmonaire s'entend bien moins, et le râle crépitant masque plus ou moins complètement le bruit respiratoire. Enfin, dans une période plus avancée de la maladie, l'auscultation ne fournit plus au-

cun bruit respiratoire, ni même de râle crépitant. Dans ce cas, la maladie est passée au degré d'hépatisation ; c'est alors qu'on entend une modification particulière du bruit respiratoire, qu'on a désignée sous le nom de *respiration bronchique ;* la voix elle-même offre une résonnance particulière qu'on a nommé *bronchophonie.* En même temps qu'on entend dans le poumon malade les différens bruits dont nous venons de parler, le poumon resté sain, qui doit suppléer les fonctions du poumon malade, fait entendre le bruit d'expansion pulmonaire bien plus prononcé qu'à l'état naturel. Toutes les fois que l'inflammation siége au centre de l'organe ou qu'elle est compliquée avec une bronchite assez intense, on acquerra alors peu de renseignemens de ce seul symptôme : on aura recours, dans ce cas, aux autres phénomènes de la phlegmasie pour établir son diagnostic. Quoique le râle crépitant soit un symptôme presque constant dans la pneumonie, il ne faut pas pourtant conclure son existence par la manifestation de ce seul phénomène. J'ai observé deux malades affectés de bronchite simple siégeant dans les plus petites ramifications bronchiques qui offraient un râle crépitant très-frappant : tous les autres symptômes de la pneumonie manquaient entièrement chez eux.

Pour pouvoir obtenir des renseignemens positifs de la percussion, il faut que la pneumonie ait dépassé le premier degré; car, avant cette période, la sonoréité de la poitrine est presque la même qu'à l'état sain : mais aussitôt que la matité pourra être reconnue, ce symptôme, joint à la crépitation ou à l'absence de la respiration, deviendra pathognomonique de la pneumonie.

La toux est un phénomène constant dans cette maladie; au début elle est sèche, mais bientôt elle s'accompagne de l'expectoration de quelques mucosités bronchiques. Vers le troisième jour à peu près de la maladie, et quand le râle crépitant se prononce assez fortement, les crachats deviennent alors visqueux, sanguinolens et mêlés à une grande quantité d'air. Quand la maladie s'aggrave, ils se réunissent en une masse gélatiniforme d'une viscosité telle, que le vase qui les contient peut être renversé sans qu'ils puissent se détacher de ses pa-

rois. Si la maladie tend à se terminer par la résolution, les crachats deviennent moins visqueux et moins sanguinolens. Quand la suppuration envahit le parenchyme pulmonaire, ils sont d'une couleur grisâtre, véritablement purulens, et en même temps plus liquides. Lorsque la gangrène survient dans cette affection, le produit de l'expectoration acquiert le plus ordinairement une fétidité repoussante.

La dyspnée, dans la pneumonie, est en général en raison directe de l'intensité et de l'étendue de la phlegmasie. Au début de la pneumonie, les malades parlent librement et changent facilement de position dans leur lit; mais, pour peu que la maladie s'aggrave, ils éprouvent de l'oppression, et leurs inspirations sont plus rapprochées; à un degré plus avancé de la maladie, l'oppression se fait aussi sentir à l'état de repos; la face, qui exprime une grande anxiété, devient rouge et violacée; les inspirations sont très-courtes et très-accélérées; le décubitus sur le dos augmentant la dyspnée, le malade préfère rester assis pour respirer plus librement : il est rare qu'il puisse survivre à cette affection quand elle est parvenue à ce degré.

Symptômes sympathiques. Ils sont plus variables que les symptômes locaux.

Le caractère le plus ordinaire du pouls est d'être fréquent, plein et accéléré; mais il peut présenter d'autres variétés bonnes à noter. C'est ainsi que quand l'inflammation est très-intense; il devient quelquefois d'une petitesse remarquable, qui disparaît au moyen d'abondantes émissions sanguines. Cet état du pouls, dans ce cas, est produit par l'embarras de la circulation : mais il y a des cas dans lesquels cette faiblesse du pouls n'est que trop réelle, et si on veut combattre alors la pneumonie par les saignées répétées, elle deviendra promptement mortelle. Comment distinguer la débilité apparente d'une véritable prostration des forces? Rien n'est plus délicat que ce point de médecine pratique.

Quand la fièvre est assez forte, et la dyspnée aussi, la coloration

de la face est plus vive qu'à l'état sain, principalement sur les pommettes. Si la gêne de la respiration est considérable, la couleur devient même livide. Une pâleur générale de la physionomie semble indiquer le plus ordinairement l'infiltration purulente du poumon malade. Le délire survient assez souvent pendant la durée de la pneumonie, soit par intervalles, principalement pendant le redoublement du soir, soit d'une manière continue : il y a souvent aussi de la céphalgie, avec battemens insupportables des carotides; et la grande gêne de la circulation détermine chez les vieillards des congestions cérébrales fort redoutables. La soif est vive et subordonnée à la violence de la fièvre; la langue est blanche au milieu et rouge à sa pointe ; il y a généralement constipation, et au début les urines sont rouges, épaisses, et en petite quantité.

Marche.

Après avoir décrit sommairement chaque symptôme en particulier, je passe à l'exposition de la marche de la maladie, et je vais considérer l'ensemble de tous les symptômes, qui caractérisent la pneumonie suivant l'ordre de leur succession dans les différentes phases de cette affection.

La pneumonie débute de plusieurs manières. Le plus ordinairement les malades sont pris tout d'un coup d'un frisson plus ou moins fort, et d'une douleur profonde dans quelque point de la poitrine. Ces symptômes précurseurs peuvent manquer, et les malades n'éprouvent alors qu'une dyspnée plus ou moins grande avec fièvre. La toux est sèche d'abord, mais bientôt le malade expectore des crachats muqueux. L'auscultation fait entendre un râle crépitant bien distinct, qui n'est point encore assez prononcé pour masquer entièrement le bruit d'expansion pulmonaire; la percussion donne encore un son clair; le pouls est plein et accéléré. Vers le troisième jour à peu près, les crachats, qui étaient simplement bronchiques, deviennent visqueux et sanguinolens ; le râle crépitant étouffe complètement le

bruit respiratoire; la percussion exercée sur le point malade donne un son légèrement mat, et la dyspnée augmente considérablement. Si la douleur est vive, le décubitus sur le côté affecté devient impossible, et le mouvement fébrile est très-prononcé. Cet ensemble de symptômes n'annonce qu'une pneumonie au premier degré. La maladie arrivée à ce point peut rester stationnaire pendant quelques jours, ou bien marcher vers la résolution. Si elle a lieu, la dyspnée diminue; la sonoréité de la poitrine devient plus grande; le bruit respiratoire se fait entendre vers les points où, précédemment, il était masqué par le râle crépitant; l'expectoration devient catharrale, et les symptômes de réaction générale cessent presque entièrement. La phlegmasie, au lieu de marcher vers la guérison, peut s'aggraver au contraire. Cette gravité peut dépendre de l'étendue que l'inflammation tend à occuper, ou bien de sa plus grande intensité. Dans le premier cas, quoique la maladie n'ait pas dépassé son premier degré, elle peut entraîner le malade au tombeau en envahissant la totalité des deux poumons. La diminution du râle crépitant, du bruit respiratoire et de la sonoréité de la poitrine indique la tendance de la phlegmasie à passer à sa seconde période. Dans ce degré de la pneumonie, dans lequel le poumon se trouve hépatisé, l'auscultation ne fait plus entendre ni râle crépitant, ni bruit respiratoire; ils sont remplacés par la respiration bronchique, qui est produite par l'entrée et la sortie de l'air dans la trachée-artère et dans les principales ramifications bronchique; la fièvre et la dyspnée persistent ou augmentent; les crachats cessant d'être visqueux et sanguinolens, deviennent ordinairement muqueux; la poitrine, percutée, donne un son tout à fait mat; si on fait parler le malade, sa voix retentira avec force dans l'oreille appliquée contre les parois du thorax; c'est la *bronchophonie*. Comme le parenchyme pulmonaire est alors imperméable à l'air et très-dense, il est devenu par cela même meilleur conducteur du son; la faiblesse du malade fait aussi des progrès, et ses traits offrent une altération plus marquée. Le prognostic ne laisse pas d'être très-fâcheux quand la phlegmasie est parvenue à ce degré.

Lorsque la résolution veut se faire dans cette période si avancée de la pneumonie, le râle crépitant se fait entendre de nouveau avec les mêmes caractères qu'il a offert en passant du premier au second degré, et le bruit d'expansion pulmonaire succède au râle crépitant ; la percussion donne un son moins mat ; l'oppression diminue ; l'expectoration devient moins laborieuse ; la toux moins fréquente ; les traits de la physionomie s'animent, et la fièvre diminuant de jour en jour, le malade ne tarde point à entrer en convalescence. Mais si la maladie, parvenue au second degré, au lieu de marcher vers la résolution, empire, elle devient presque toujours mortelle. On voit alors tous les symptômes s'aggraver progressivement. La dyspnée et la fréquence de la respiration s'accroissent de jour en jour ; le malade tousse et expectore avec la plus grande peine ; l'auscultation ne fait plus entendre ni crépitation, ni bruit respiratoire ; l'altération des traits de la face devient plus profonde ; le pouls est faible est très-fréquent ; le décubitus sur le dos devient impossible, et le malade est obligé d'avoir la poitrine bien élevée pour prendre haleine ; les mucosités, s'amassant en grande quantité dans la trachée-artère et les bronches, produisent un râle muqueux très-prononcé. La petitesse et l'irrégularité du pouls, la faiblesse extrême, la décomposition de la physionomie, et le refroidissement des extrémités sont des présages d'une mort prochaine. Les malades conservent très-souvent jusqu'au dernier moment la liberté de leur facultés intellectuelles.

La période de l'infiltration purulente, ou l'hépatisation grise, peut survenir plus ou moins vite, suivant le degré de la maladie, et l'idiosyncrasie individuelle ; elle est souvent assez difficile à être distinguée de la période précédente ; l'expectoration est ordinairement, dans ce cas, grisâtre et peu visqueuse. Il est très-rare que le pus s'amasse dans un seul foyer ; mais, s'il venait à se former un abcès dans le poumon, on pourrait facilement le reconnaître au moyen des signes donnés par le professeur *Laënnec*. En appliquant le stéthoscope sur le point correspondant à la collection purulente, on entendra le râle caverneux ou le gargouillement ; et si une partie du liquide a été résorbée ou éva-

cuée par le moyen des tuyaux bronchiques qui aboutissent au foyer, la bronchophonie, qu'on entendait précédemment, sera remplacée par une pectoroliquie bien évidente. Lorsque l'abcès se forme près de la surface du poumon, on entendra aussi l'air pénétrer dans une cavité. Il est très-probable qu'un grand nombre d'observateurs, qui ont constaté à l'autopsie des collections purulentes chez des individus qui ont succombé à une pneumonie, ont pris des cavités tuberculeuses pour de véritables abcès; ce qui a pu les induire en erreur, c'est l'aréole inflammatoire qui entoure souvent les tubercules ramollis.

Une des terminaisons les plus fâcheuses de la pnemonie, et heureusement la plus rare, c'est la gangrène; elle est annoncée par la fétidité de l'haleine et des crachats, dont la couleur devient en même temps verdâtre, par la cessation de la douleur et par le sentiment de bien-être que le malade éprouve : il survient en même temps chez lui une grande prostration des forces, et une décomposition profonde de la face, qui se couvre d'une sueur visqueuse. Son pouls s'affaiblit; enfin le malade présente tous les symptômes d'une fièvre adynamique. La gangrène du poumon n'est point le résultat de la violence de l'inflammation, comme cela a lieu dans les phlegmasies des autres viscères, elle est plutôt occasionnée par une cause spécifique : ce sont les gens épuisés par les privations, par de profonds chagrins et par l'âge avancé qui en sont le plus souvent affectés. *Laënnec* l'a comparée à la pustule maligne et à l'antrax. Cette espèce de pneumonie marche avec une extrême rapidité, et devient promptement mortelle. Elle n'envahit presque jamais la totalité d'un poumon.

La pneumonie offre quelques variétés relativement à son siége : elle peut occuper les deux poumons à la fois; elle peut siéger au centre de l'organe, ou bien être répandue çà et là dans le parenchyme pulmonaire. Quand l'inflammation envahit les deux poumons, la dyspnée est tres grande, avec altération des traits de la face; la sonoréité est presque égale des deux côtés, et l'auscultation fait entendre le râle crépitant dans les deux cavités thoraciques. La pneumonie centrale présente les mêmes crachats, le même mouvement fébrile,

et la même difficulté de respirer que dans la pneumonie ordinaire, excepté l'absence de la douleur, à cause de l'éloignement de la plèvre du point enflammé : elle est difficile à reconnaître par l'auscultation, quand la phlegmasie s'étend peu vers la circonférence du poumon. La pneumonie disséminée, au lieu d'occuper une portion plus ou moins grande d'un ou des deux poumons, se montre simultanément sur un grand nombre de points très-circonscrits du parenchyme pulmonaire. Cette variété a été plus souvent observée chez les enfans que chez les adultes. Tous les symptômes caractéristiques de la pneumonie manquent dans ce cas, excepté ceux fournis par l'auscultation; on entendra en effet, avec le stéthoscope, le râle crépitant dans différens points conjointement avec la respiration supplémentaire. La pneumonie, chez les enfans, survient souvent dans le cours des fièvres exanthématiques aiguës, telle que la rougeole, la variole, etc. Quelques médecins, portant toute leur attention vers la phlegmasie cutanée, négligent quelquefois d'explorer les organes de la respiration, qui s'affectent souvent d'inflammation dans les cas dont nous parlons. Cette méprise peut entraîner de funestes conséquences.

La pneumonie se complique souvent avec l'inflammation de la membrane muqueuse bronchique, et bien plus souvent encore avec la pleurésie. La coexistence de ces deux affections sera facilement reconnue au moyen de l'auscultation, et de la percussion.

Diagnostic.

On parvient presque toujours, avec une grande attention, à distinguer la pneumonie des phlegmasies qui pourraient, au premier abord, être confondues avec elle. Les affections dont les symptômes présentent la plus grande ressemblance avec ceux de la pneumonie sont, la pleurésie, le catarrhe pulmonaire aigu et l'œdème du poumon. Il y a des cas dans lesquels la pneumonie offre des symptômes assez peu caractéristiques pour qu'elle puisse être méconnue.

Avant la belle découverte de l'auscultation, on éprouvait de gran-

des difficultés pour distinguer la pneumonie de la pleurésie, quand l'expectoration ne donnait pas des renseignemens bien tranchés. Heureusement que le traitement des deux maladies était à peu près le même. Depuis les beaux travaux de *Laënnec*, le diagnostic de ces deux affections a été singulièrement perfectionné. C'est en passant sommairement en revue les symptômes de la pleurésie que nous parviendrons à la distinguer de la pneumonie.

La douleur, dans la pleurésie, est aiguë, et plus superficielle en général que dans la pneumonie. La douleur pleurétique, quel que soit son siége, devient plus aiguë par la pression, et, à plus forte raison, par la percussion, par les grandes inspirations, la toux, le décubitus sur le côté affecté, et les divers mouvemens que le malade peut exécuter. Quand il n'y a pas d'épanchement, la dypsnée, dans la pleurésie, provient de la douleur qui s'oppose à la libre contraction des muscles inspirateurs; mais si l'épanchement commence à se former, la difficulté de respirer est en raison directe du liquide épanché. Lorsqu'on écoute la respiration d'un individu qui vient d'être affecté de pleurésie, chez qui il ne s'est formé encore aucun épanchement pleurétique, la respiration s'entend plus faiblement du côté où existe le point pleurétique que partout ailleurs, parce que l'intensité de la douleur s'oppose à ce que le malade puisse contracter librement les muscles inspirateurs du côté malade, et que, par conséquent, l'air arrive avec peine au poumon du même côté. Lorsque l'épanchement commence à se former, le bruit respiratoire devient de plus en plus faible du côté malade, tandis que du côté sain on entend la respiration puérile.

Enfin il arrive un moment où l'épanchement est tellement grand, qu'on entend avec peine la respiration, excepté du côté où les poumons sont comprimés. L'absence du bruit respiratoire, dans la pneumonie, n'a lieu que graduellement, et il est toujours précédé, pendant un certain temps, de l'apparition d'un râle crépitant bien manifeste. Si l'on fait parler le malade, l'auscultation nous fera entendre, dans la pleurésie, la voix chévrotante ou l'*égophonie*, toutes les fois que l'épanchement sera médiocre; et ce phénomène finira par dispa-

raître entièrement lorsque l'épanchement sera très-considérable. Pour bien entendre cette modification de la voix, il faut pratiquer l'auscultation à la partie postérieure du thorax, le long de l'omoplate.

La bronchite ne peut point être confondue avec la pneumonie, si l'on examine avec attention les crachats, qui sont simplement muqueux, opaques et ronds dans la première affection. L'auscultation nous fournira aussi, dans la bronchite, un râle humide ou muqueux, et la percussion nous fera entendre à peu près la même sonoréité partout que dans l'état sain. L'œdème du poumon sera facilement reconnu par le râle humide et à bulles plus grosses, et par l'absence des phénomènes généraux qui accompagnent toujours l'inflammation aiguë d'un des organes les plus importans pour la vie.

Prognostic.

Le prognostic de la pneumonie ne sera point inquiétant toutes les fois qu'elle ne dépassera pas sa première période, et qu'elle occupera un espace assez circonscrit du parenchyme pulmonaire; au contraire, si la phlegmasie envahit une assez grande étendue d'un poumon, ou bien les deux organes à la fois, il pourra devenir fâcheux, quoique le tissu pulmonaire ne soit point encore hépatisé. Une dyspnée considérable, la grande viscosité des crachats et leur teinte fortement rouillée, ainsi que la matité du son, sont presque toujours d'un fâcheux augure. La résolution de la maladie a lieu difficilement chez les individus qui ont la peau constamment sèche. La pneumonie est d'autant plus redoutable qu'elle survient chez les vieillards et chez les individus affaiblis par d'autres maladies chroniques : elle est aussi extrêmement dangereuse chez les phthisiques, parce qu'elle hâte considérablement le ramollissement des tubercules. Plusieurs observateurs ont remarqué que la pneumonie est plus dangereuse quand elle est simple que lorsqu'elle se complique avec la pleurésie, pourvu que l'épanchement soit léger. Il semble que, dans cette circonstance, le liquide épanché, comprimant légèrement le poumon enflammé,

s'oppose à ce que l'inflammation puisse se propager dans le parenchyme pulmonaire. Les symptômes ataxiques et adynamiques, qui accompagnent l'inflammation du poumon rendent son danger plus grand; mais la plus grave de toutes est la pneumonie gangréneuse.

La pneumonie peut se juger par des phénomènes critiques, parmi lesquels on peut ranger les sueurs très-abondantes ; une copieuse sécrétion d'urine qui, dans ce cas, est ordinairement trouble, déposant un sédiment très-foncé en couleur ; les diarrhées et les hémorrhagies critiques.

Anatomie pathologique.

L'examen anatomique des individus qui succombent à la pneumonie offre des lésions importantes à connaître, soit dans le parenchyme pulmonaire, soit dans les membranes qui revêtent les poumons intérieurement et extérieurement.

Il y a trois degrés dans l'inflammation pulmonaire ; l'état d'engouement inflammatoire, l'hépathisation rouge et l'hépathisation grise.

Dans le premier degré de la pneumonie ou le simple engouement le tissu pulmonaire est encore crépitant, mais un peu moins qu'à l'état sain ; on peut le tirailler et le presser sans le déchirer. Si on comprime entre les doigts une portion de poumon engoué, on sentira qu'il contient plus de liquide que d'air. Sa couleur est rouge ou vermeille. En l'incisant par tranches, on en fera sortir une grande quantité de sérosité sanguinolente ; et si, au moyen d'une forte compression, on les débarrasse des liquides qu'elles contiennent, elles deviendront aussi crépitantes et élastiques que la portion saine. Ces caractères anatomiques ne s'observent que lorsque l'inflammation a été légère ; mais, pour peu que la phlegmasie ait présenté quelque intensité, le parenchyme pulmonaire devient plus friable; en l'incisant, il s'en écoule moins de liquide écumeux que dans le premier cas.

Cet état est le passage intermédiaire entre l'engouement et l'hépathisation. Il est un peu difficile de déterminer, dans certains cas, si l'engouement du poumon qu'on trouve après la mort est le résultat de l'inflammation, ou bien un simple engorgement sanguin, dont les poumons sont presque tonjours le siége dans les derniers momens de la vie. Cependant, si, dans un poumon engoué, on trouve quelques portions plus ou moins friables, il y a tout lieu de croire qu'elles sont le produit de l'inflammation.

Lorsque la pneumonie a dépassé le premier degré, le poumon présente un aspect semblable au tissu du foie : c'est pour cela qu'on l'a désigné sous le nom d'*hépathisation* Dans ce degré, le parenchyme pulmonaire, devenu entièrement imperméable à l'air, ne crépite plus; et son poids spécifique, ainsi que sa friabilité, se sont considérablement augmentés. En l'incisant, il s'en écoule à peine quelques gouttelettes de sérosité sanguinolente. Si on regarde de près la substance pulmonaire, on apercevra qu'elle est composée d'un grand nombre de granulations très-petites, pressées les unes sur les autres. Quelqués pathologistes croient que le poumon hépathisé devient bien plus volumineux qu'à l'état sain ; mais cette augmentation de volume n'est qu'apparente, et dépend de ce qu'un poumon entièrement privé d'air ne s'affaisse pas, quand on ouvre la poitrine, comme celui qui est parfaitement perméable à ce gaz.

Le poumon enflammé au troisième degré est aussi dense, aussi imperméable et friable que dans la période précédente ; il a acquis, de plus, une couleur grise bien prononcée, laquelle est due à l'infiltration purulente qui a lieu dans le tissu de l'organe. En incisant le poumon ainsi altéré, on voit en sortir un grand nombre de petites gouttelettes de pus d'un blanc grisâtre. Il est extrêmement rare, comme nous l'avons déjà dit, que le pus s'agglomère dans une seule cavité; il se dissémine, au contraire, dans le parenchyme de l'organe malade. Les collections purulentes qu'on trouve dans le poumon sont séparées quelquefois du parenchyme par une membranne d'une consistance variabe ; mais le plus ordinairement cette membrane n'existe

point, et les parois, qui sont infiltrées de pus, sont formées par la substance pulmonaire elle-même. Il n'est pas rare de trouver ces sortes de collections purulentes dans le poumon et sur la plèvre de certains individus qui ont succombé à une opération chirurgicale grave. Quelques médecins, qui n'ont point observé chez quelques-uns de ces malades de symptômes de réaction générale bien manifeste, et qui, au contraire, ont remarqué chez eux un véritable état adynamique quelques heures après l'établissement de la suppuration sur la plaie, sont portés à croire que ces abcès, trouvés dans le poumon et sur la plèvre de ces individus opérés, sont dans ce cas le résultat de l'absorption purulente qui a lieu sur la plaie. Pour avancer une pareille assertion, dans l'état actuel de la science, il faudrait constater à l'autopsie la présence du pus dans les veines non enflammées elles-mêmes, et vérifier aussi l'état parfaitement sain de l'organe qui est le siége de pareilles collections purulentes : même alors il faudrait rassembler un grand nombre d'observations bien faites avant de se décider à prononcer son jugement sur ce point.

L'inflammation de la plèvre vient souvent compliquer celle du poumon. Les altérations que la plèvre présente sur les points correspondans au poumon enflammé sont de fausses membranes albumineuses, transparentes et minces sur quelques points, opaques et plus épaisses dans d'autres. On trouve aussi très-souvent, vers la base de la poitrine, chez un grand nombre de sujets, quelques cuillerées d'une sérosité un peu louche ou bien sanguinolente. La membrane muqueuse des bronches participe moins souvent à l'inflammation du poumon que la plèvre. Quand elle est envahie aussi par l'inflammation, on trouve à l'autopsie un gonflement et une rougeur plus ou moins manifestes sur cette membrane.

Les autres viscères de l'économie ne présentent point d'autres altérations qu'une congestion sanguine d'autant plus forte que la dyspnée a été plus grande. On trouve les cavités droites du cœur presque constamment distendues par des caillots de sang noir.

Traitement.

Si il est des maladies où l'expectation est nécessaire, il en est d'autres où la rapidité des accidens, l'importance et la délicatesse des organes affectés réclament, dès le début, le traitement le plus énergique. Telle est, parmi celles-ci, l'inflammation du poumon, dont le médecin doit toujours se hâter d'arrêter les progrès, si il ne veut laisser le malade exposé à devenir la victime de son inaction, en l'abandonnant aux seules forces de la nature, dans l'espérance d'une crise salutaire, qui souvent n'arrive pas. La saignée est, sans contredit, le remède le plus énergique que nous ayons à opposer à la pneumonie. Depuis *Hippocrate* jusqu'à nous, l'observation a conduit les médecins à prodiguer dans cette affection les émissions sanguines. Dans aucune autre maladie la saignée générale n'a été aussi universellement employée; et, dans aucune autre, elle n'a été faite aussi largement et répétée un si grand nombre de fois. Les copieuses saignées dans la pneumonie offrent en effet le grand avantage de dégorger le système vasculaire général, de modérer par conséquent l'inflammation, et diminuer en même temps la quantité de sang, qui, dans un temps donné, doit traverser les poumons pour y être oxygéné. Les larges saignées, si elles ne peuvent point mettre en repos les poumons, affaiblissent du moins considérablement la grande activité de ses fonctions, et hâtent puissamment la résolution de la maladie.

La saignée doit être préférablement pratiquée au bras, en ouvrant largement la veine, pour produire un prompt dégorgement. La première doit être de douze à seize onces, lorsque le malade est vigoureux et l'intensité de la maladie bien grande : il éprouve un grand soulagement, et une grande diminution de la dyspnée à mesure que le sang coule. Cette amélioration persiste, et la pneumonie marche même vers la résolution, lorsqu'elle est légère; mais, pour peu que la phlegmasie soit intense, l'amendement qu'on obtient de la pre-

mière saignée ne dure que quelques heures, et la pneumonie présente de nouveau une exaspération des symptômes. On pratique alors de nouvelles saignées, si la maladie ne cède point, et que les forces du malade le permettent. C'est sur tout dans les premières quarante-huit heures qu'on obtiendra de grands bienfaits de la saignée générale. Mais si, malgré l'emploi de plusieurs évacuations sanguines, on n'a pas pu enrayer la marche de la maladie, et que l'hépatisation soit survenue, on doit être extrêmement réservé dans l'usage de ce moyen : il faut tâcher de conserver au malade les forces suffisantes pour que la résolution puisse avoir lieu.

La rareté et la petitesse du pouls, et cette faiblesse apparente qu'on remarque quelquefois dans un individu affecté de pneumonie, ne doivent point en imposer au médecin : ces phénomènes sont dus très-souvent à la violence de l'inflammation et à l'état d'embarras où se trouve la circulation. Il serait bien dangereux de les considérer comme des symptômes de fièvre adynamique, et d'administrer, dans ce cas, des médicamens toniques : au contraire, une large saignée relève les forces, et donne au pouls sa plénitude, si l'adynamie n'est réellement qu'apparente. On a bien de la peine quelquefois dans la pratique à distinguer cette fausse débilité d'une véritable prostration des forces. Le professeur *Laënnec* pensait qu'on peut saigner toutes les fois que les contractions du cœur conservent quelque énergie ; mais qu'il faut bien se garder d'ouvrir la veine quand les battemens de l'artère et ceux du cœur sont également faibles. L'âge avancé du malade ne doit point empêcher de pratiquer des saignées toutes les fois que la maladie présentera quelque gravité ; mais cependant on les répétera avec circonspection, parce que certains vieillards tombent facilement, après quelques évacuations sanguines, dans une grande et funeste prostration des forces. Plusieurs praticiens, qui, par leur position, ont l'occasion de soigner un grand nombre d'enfans, ont démontré que la saignée générale ne doit point être épargnée chez eux dans les phlegmasies viscérales, et particulièrement dans la pneumonie ; mais, chez les très-jeunes enfans, il vaut mieux

substituer à la saignée générale l'application des sangsues sur les parois thoraciques, à cause de la petitesse de leurs veines. L'application de sangsues ou de ventouses scarifiées sur les parois de la poitrine sera avantageusement employée chez les adultes toutes les fois que la pneumonie viendra accompagnée d'une douleur de côté aiguë, pongitive et superficielle ; mais cette saignée locale doit toujours être précédée de la saignée générale. Lorsque la pneumonie reconnaît pour cause occasionnelle la suppression d'une hémorrhagie habituelle, une application de quelques sangsues, faite le plus près possible de la surface par où l'hémorrhagie avait lieu, ramènera cette hémorrhagie supprimée, et hâtera par conséquent la résolution de la maladie. Il y a des médecins qui craignent de saigner les femmes atteintes de pneumonie lorsqu'elles sont au moment de leurs règles. Cette erreur peut entraîner de bien graves inconvéniens. Si, en effet, on attend que le flux menstruel soit passé pour combattre par la saignée une pneumonie bien intense, c'est la rendre nécessairement mortelle. On doit faire, dans ce cas, concurremment avec la saignée, une application de quelques sangsues sur la partie interne et supérieure des cuisses pour ramener la menstruation supprimée.

Si on regarde avec soin le sang tiré de la veine d'un individu affecté de pneumonie, on y trouvera presque constamment la couenne inflammatoire, dont l'épaisseur est toujours en raison directe de l'intensité de la maladie, et ne disparaît qu'autant que la phlegmasie a atteint sa complète résolution.

Lorsque, malgré l'emploi réitéré des émissions sanguines, la pneumonie paraît rester stationnaire, et qu'elle a même de la tendance à passer à l'état chronique, on tirera de grands avantages de l'application des révulsifs extérieurs, parmi lesquels on doit placer en première ligne les vésicatoires, soit au bras, soit aux parois thoraciques ; mais on doit toujours en différer l'usage, jusqu'à ce que les phénomènes généraux de l'inflammation se soient beaucoup apaisés.

A tous les moyens dont nous venons de parler il faut joindre la diète la plus sévère, qui sera prolongée jusqu'à la convalescence. Des

boissons mucilagineuses et émollientes tièdes, propres à délayer le sang, ainsi que les potions adoucissantes, doivent être administrées. Si l'on remarque que le malade a de la propension à suer, on pourra lui prescrire de légers sudorifiques pour favoriser la transpiration, et déterminer, par ce moyen, la guérison de la maladie. Lorsque la pneumonie paraît rester stationnaire, et sans présenter de signes de réaction générale bien manifestes, plusieurs praticiens ont obtenu de bons effets de l'emploi de tisanes toniques, telles que la décoction de polygala sénéka, l'infusion de lierre terrestre, d'aunée, etc.; les potions gommeuses auxquelles on ajoute une demi-once d'oxymel scillitique ou le kermès, à la dose de huit à douze grains : tous ces moyens favorisent la résolution de la maladie par la légère stimulation qu'ils produisent sur l'économie. Ces toniques peuvent être aussi extrêmement avantageux chez certains individus cachectiques, affaiblis par les saignées répétées, ou par des maladies antérieures, et chez qui, tout état inflammatoire ayant disparu, il n'existe dans leur poumon qu'un engorgement séreux ou sanguinolent évidemment passif. Lorsque la douleur est vive, et les quintes de toux bien rapprochées, on doit ajouter aux looks adoucissans certains narcotiques, tels que l'extrait aqueux d'opium et le sirop diacode. Les régles de l'hygiène seront observées avec un grand soin dans cette maladie : on placera le malade dans une position demi-assise; on l'engagera à parler le moins possible; l'air de la chambre devra être d'une température douce; il faudra écarter avec soin tout ce qui pourrait l'affecter désagréablement et produire en lui des émotions trop vives.

Cette méthode de traitement est celle qu'on suit généralement dans la pneumonie. Il en est d'autres qui ont été, et qui sont encore aujourd'hui préconisées; et quoiqu'elles n'aient pas encore reçu la sanction d'une longue expérience, les bons succès qu'on paraît en avoir obtenus, et le mérite des médecins célèbres qui les ont conseillées autorisent, et doivent même engager les praticiens à les employer.

Depuis *Stoll* jusqu'à nous, des hommes d'un grand mérite ont

fait usage du tartre stibié à la dose vomitive dès le début de la pneumonie ou après quelques émissions sanguines. *Corvisart et Bayle* employaient aussi le tartre émétique, mais seulement lorsque la pneumonie coïncidait avec les symptômes bilieux, ou lorsqu'elle offrait peu d'intensité. Des médecins italiens, plus hardis, administrent de nos jours ce médicament dans tous les cas de cette affection, et quelles que soient les circonstances qui l'accompagnent. Sans partager leurs opinions exclusives et leurs théories plus ou moins fautives, et encouragé seulement par les bons succès que *Tomassini* et *Rasori* ont obtenus de l'emploi de ce médicament, *Laënnec* a répété le premier ces essais en France; et il paraîtrait, selon les relevés publiés dans la dernière édition de son ouvrage sur l'auscultation médiate, que le plus heureux résultat a couronné l'emploi de ce moyen empirique. Mais faut-il toujours attribuer ces triomphes à l'administration de l'émétique? Pour cela, il aurait fallu qu'il se bornât à l'usage de ce médicament sans le faire précéder de la saignée générale; car on sait qu'une seule saignée à suffi maintes fois pour enrayer et même guérir une pneumonie, en soumettant en même temps le malade à une diète sévère.

Lorsqu'une maladie quelconque viendra compliquer la pneumonie, on devra modifier le traitement dont nous venons de parler, suivant les indications thérapeutiques qu'il y aura à remplir.

PROPOSITIONS.

I.

Dans les fièvres graves, les altérations pathologiques qu'on trouve à l'autopsie cadavérique sur la membrane muqueuse gastro-intestinale ne sont point toujours en rapport avec la gravité des symptômes.

II.

Dans la fièvre dite *adynamique*, le point de départ des phénomènes

morbides peut un grand nombre de fois exister aussi-bien dans les liquides que dans les solides.

III.

La diarrhée et le météorisme du ventre dans les fièvres indiquent en général l'ulcération des instestins.

IV.

Les douleurs aiguës que le malade ressent tout d'un coup dans l'abdomen, pendant le cours d'une fièvre grave, doivent faire craindre la perforation des intestins.

V.

Nous ignorons encore entièrement la nature et la manière d'agir des causes des fièvres intermittentes. Le remède le plus efficace pour les combattre est, sans contredit, le sulfate de quinine; mais avant d'administrer ce médicament, il faut bien examiner l'état des voies digestives.

VI.

Toute opération chirurgicale non urgente doit être renvoyée à un temps opportun.

VII.

Dans tout engorgement chronique du testicule, qui n'a point cédé à l'emploi des moyens rationnels, un chirurgien prudent doit toujours essayer un traitement antisyphilitique avant d'en venir à l'extirpation de l'organe malade.

VIII.

De toutes les méthodes connues jusqu'à présent pour la guérison

radicale de l'hydrocèle de la tunique vaginale, c'est, en général, l'injection qui remplit le mieux le but que le chirurgien se propose.

IX.

On ne doit point opérer la cataracte exclusivement ni par l'extraction, ni l'abaissement du cristallin : ces deux méthodes offrant des avantages et des inconvéniens, ce sont des circonstances particulières de chaque cas qui en doivent déterminer la préférence.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

In acutis morbis extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

II.

Renum et vesicæ vitia in senioribus difficulter sanantur. *Sect.* 6, *aph.* 6.

III.

Quicumque dolentes, parte aliquâ corporis, omninò dolorem non sentiunt, iis mens ægrotat. *Sect.* 2, *aph.* 6.

IV.

Ubi sanguis plurimus fluxuerit, singultus aut convulsio superveniens, malum. *Sect.* 5, *aph.* 3.